

Die Bedeutung
paramedizinischer Behandlung
bei Patienten
mit chronischer Polyarthrititis (cP)

Untersuchungen an Patienten
einer rheumatologischen Klinik
und Patienten eines niedergelassenen
Rheumatologen

Ulrich Panradl



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554619_0104

Aus der Medizinischen Poliklinik
der Universität München
Vorstand: Prof. Dr. N. Zöllner
Ludwig-Maximilians-Universität München

Die Bedeutung paramedizinischer Behandlung
bei Patienten mit chronischer Polyarthrit (cP)
Untersuchungen an
Patienten einer rheumatologischen Klinik
und Patienten eines niedergelassenen Rheumatologen

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Ulrich Panradl
aus
Starnberg
Jahr
1987

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. M. Schattenkirchner

Mitberichterstatter: Prof. Dr. N. Zöllner

Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter: Dr. K. Krüger

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 21. Mai 1987

INHALTSVERZEICHNIS

A.	Einleitung	Seite 1
B.	Hauptteil	3
1.	Chronische Polyarthrititis als Krankheit	3
1.1.	Klinik der chronischen Polyarthrititis (cP)	3
1.2.	Pathogenetische Vorstellungen	3
1.3.	Klassische Therapie der chronischen Polyarthrititis	4
1.4.	Paramedizinische Behandlungsverfahren	5
2.	Patientengut und Methode	10
3.	Ergebnisse	13
3.1.	Epidemiologie	13
3.2.	Haltung und Grundeinstellung zur Schulmedizin	14
3.3.	Verhalten und Grundeinstellung gegenüber der Paramedizin (PM)	19
3.3.1.	Grundeinstellung zur Paramedizin	19
3.3.2.	Hinwendung zur Paramedizin, Wiederholung bereits versuchter PM-Verfahren, Ausprobieren neuer PM	21
3.3.3.	Anwendung der Paramedizin auf Empfehlung oder eigene Initiative	23
3.3.4.	Bewertung der paramedizinischen Methoden	24
3.3.5.	Finanzielle Aufwendungen für PM-Verfahren	25
3.4.	Ergebnisse bei den einzelnen PM-Verfahren	26
4.	Diskussion	30
C.	Zusammenfassung	42
D.	Literaturverzeichnis	44

A. Einleitung

Seit einigen Jahren kann zunehmendes Interesse an sog. alternativen (paramedizinischen=PM) Behandlungsverfahren, sowohl seitens der Patienten, als auch mancher Ärzte, beobachtet werden. Die Erforschung der Ursachen bewegt sich derzeit noch im Bereich der Spekulation. Ganz offensichtlich hängt diese Entwicklung mit breiten gesellschaftlichen Veränderungen zusammen, die als Folge der alternativ-ökologischen Bewegung auf den verschiedensten Gebieten in Erscheinung treten, so eben auch im Bereich der Medizin.

Da die Schulmedizin (SM) für große Krankheitsgruppen, wie maligne Tumoren, Autoimmunerkrankungen und chronisch degenerative Erkrankungen, bisher in kausaler Hinsicht keinen therapeutischen Durchbruch erzielen konnte, liegt verständlicherweise die Hinwendung zu alternativen Methoden nahe. Für Patienten mit Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis weisen Studien auf, daß 94% der Rheumatiker in den USA durchschnittlich 13, 91% der Rheumatiker in England durchschnittlich 9 in ihrer Wirkung unsichere Heilmittel anwandten (22). Diese Zahlen belegen die Notwendigkeit, hierzulande ähnliche Studien durchzuführen, um über Art und Umfang sowie subjektiven Erfolg bei der Anwendung paramedizinischer Verfahren Aufschlüsse zu erhalten, da im allgemeinen der jeweils behandelnde Arzt nichts von solchen Aktivitäten erfährt.

Diesen dunklen Bereich speziell für Patienten mit chronischer Polyarthrititis (cP) zu erhellen, ist Ziel dieser Arbeit; u.U. ergeben sich daraus Konsequenzen für die ärztliche Therapie in der Praxis, was die Anwendung von PM-Verfahren betrifft. Da Bedürfnisse zweifelsohne vorhanden sind, würde die andere Alternative heißen, den Patienten ohne ärztliche Betreuung den Händen von Heilpraktikern und Laien zu überlassen. Anzumerken bleibt die Tatsache, daß die Kosten für paramedizinische Methoden von den privaten Krankenkassen größtenteils erstattet werden, von den gesetzlichen Krankenkassen bisher nicht. Den durchaus wirtschaftlich ökonomisch orientierten

Privatkassen scheint die Kostenübernahme von ungesicherten Heilverfahren offenbar profitabel, da in vielen Fällen teure Medikamente eingespart werden (ob dies sinnvoll ist, sei dahin gestellt).

In der vorliegenden Studie wurde ein größeres Patientengut, bestehend aus zwei verschiedenen Kollektiven, anhand eines Fragebogens befragt. Das Ziel dieser Arbeit kann nicht sein, Aussagen hinsichtlich der Wirksamkeit zu treffen, wenn von Wirkung die Rede ist, dann ausschließlich von der subjektiven, die der jeweilige Patient angibt. Eine objektive Aussage diesbezüglich ist auf Grund des Fragebogens und der Patientenzahl nicht möglich. Möglich dagegen ist die Darstellung von Art und Umfang der verwendeten außerschulmedizinischen Methoden in einem reinen cP Patientengut, etwaiger Unterschiede innerhalb der Kollektive (Rheumaklinikpatienten und Patienten aus der rheumatologischen Praxis), sowie der subjektiven Einschätzung des jeweiligen Behandlungsergebnisses.

B. Hauptteil

1. Chronische Polyarthrititis als Krankheit

1.1. Klinik der cP

Die cP zählt zu den häufigsten Systemerkrankungen des Bindegewebes, in der zivilisierten Welt beträgt die Inzidenz etwa 1-3% der Bevölkerung, das Verhältnis Männer:Frauen liegt zwischen 1:2 und 1:4.

Ogleich familiäre Häufung bekannt ist, weiß man über die Ursache wenig, diskutiert wird u.a. ein genetisch bedingter oder durch Virusinfekt induzierter Defekt der Suppressor-T-Lymphozyten, welcher seinerseits die Autoimmunreaktion ermöglicht.

Klinisch typisch ist die chronische Synovitis mit Pannusbildung und Knorpelzerstörung. Befallen sind zunächst die kleinen Gelenke (oft Fingergrundgelenke) mit zentripetaler Ausbreitungstendenz bei Bewegungsschmerz, Schwellung und Morgensteifigkeit. Spätzustände sind oft gekennzeichnet durch ulnare Deviationen.

Typische radiologische Zeichen sind: Usurenbildung, Zysten und osteoporotische Veränderungen.

Auch Rheumaknoten an den Streckseiten der Gelenke und Hautveränderungen können auftreten.

Die cP verläuft in Schüben, im Intervall kann relative Beschwerdefreiheit bestehen; ansonsten chronischer Verlauf über viele Jahre (30 Jahre und länger).

1.2. Pathogenetische Vorstellungen:

Die Alteration der Synoviazellen durch ein unbekanntes Agens führt zur Induktion einer Immunantwort mit T-Lymphozyten, Makrophagen und B-Lymphozyten; darauf findet eine IgG-Antikörperbildung und mit diesen Antikörpern die Bildung von Immunkomplexen statt. Diese induzieren erneut eine Immunantwort unter Bildung von Autoantikörpern gegen IgG, die sog. Rheumafaktoren. Wieder entstehen Immunkomplexe, die an der Synovia zu einer Synovitis führen; diese bedeutet eine Freisetzung

lysosomaler Enzyme, Hydrolasen und Kollagenasen mit der Folge der Knorpelzerstörung.

Die Rheumafaktoren sind in 80% im Hämagglutinationstest nach WAALER-ROSE positiv.

1.3. Klassische Therapie der cP

Bei der physikalischen Therapie werden Wärme (nicht im akuten Schub), Kälte, Wasseranwendungen, Bäder, Elektrobehandlungen und Massagen großenteils mit deutlichem Erfolg eingesetzt. Der Bewegung kommt wesentliche Bedeutung zu, deshalb ist auch die Krankengymnastik unverzichtbarer Bestandteil der Therapie.

Medikamentös werden drei Pharmakagruppen angewandt:

- a) Nichtsteroidale Antiphlogistika
v.a. Indometacin, Ketotifen, Diclofenac, Piroxicam
- b) Basistherapie:
Chloroquin, Gold, D-Penicillamin, Immunsuppressiva
- c) Steroide
Vor allem im schweren Schub als hochdosierte Stoßbehandlung, sowie unter bestimmten Bedingungen als langfristige Niedrigdosisbehandlung.

Schließlich bleiben noch die Synovektomie und andere operative Verfahren zu erwähnen.

1.4. Paramedizinische Behandlungsverfahren

Hausmittel:

Die Anwendung von Hausmitteln entspricht einer phytotherapeutischen Behandlung; eine stoffwechselfördernde und entzündungshemmende Wirkung werden diskutiert.

Nach WEISS (44) wird durch die verschiedenen Drogen mit unterschiedlich diuretischer, choleretischer und laxierender Wirkung der Bindegewebsstoffwechsel angeregt. Hierzu zählen Löwenzahn, Brennessel, Birke, Wacholder, Teufelskrallen, Arnika und Heublumen.

Die entzündungshemmende Wirkung mancher Pharmaka soll auf die durch Salicyl-glykoside induzierte Hemmung der Prostaglandin-synthese (Cyclooxygenase) zurückzuführen sein. Derartige Eigenschaften finden sich bei der Weidenrinde und beim Holunder (durch Flavinoide). Diese sog. Antidyskratika (3) werden in Form von Teekuren, Badezusätzen, Umschlägen und Einreibungen (besondere Wirkung der ätherischen Öle) angewandt. Bei allen Phytotherapeutika wird eine kurmäßige Langzeitbehandlung empfohlen.

Diät:

Derzeit existiert eine Reihe von Diättherapien und Diskussionen über einen möglichen Einfluß der Nahrung auf das Krankheitsgeschehen. Hypothetische Mechanismen sind: immunologische und pharmakologische oder auch toxische Reaktionen auf Nahrungsantigene, sowie eine qualitative Veränderung der Immunantwort. Den ungesättigten Fettsäuren wird im Hinblick auf die Arachidonsäurederivate (Prostaglandine, Leukotriene) eine Modifizierung der Immunantwort zugeschrieben (8,9,15,29,46).

Die meisten Ernährungsempfehlungen zielen mit einer kalorien- und fettarmen Kost auf eine Entlastung und Verbesserung des Stoffwechsels, sowie die Ausscheidung der Stoffwechselprodukte. Hierbei gibt es zwei unterschiedliche Richtungen, einmal wird eine ballaststoffreiche und überwiegend vegetarisch-basische Nahrung (4,18,19,26,31,37), zum anderen eine säure-reiche Kost mit geringer Eiweißzufuhr empfohlen (12).

Schulmedizinisch gibt es keine gesicherten Ergebnisse, daß Diät die cP heilen kann. Allenfalls totales Fasten beeinflusst den Krankheitsverlauf günstig (5,32,33,40).

Parenterale Applikationen:

(Organotherapie, Eigenblut, Frischzellenkur, Neuraltherapie): Thymusextrakt wird aus der Thymusdrüse junger gesunder Kälber hergestellt. Die darin enthaltenen Thymushormone (Thymopoetin, Thymosin) wirken immunstimulierend.

PESIC (1981, 24) will damit in 80% aller cP Patienten eine Besserung beobachtet haben. Den hochgereinigten Thymushormonen kommt nach neuesten Untersuchungen eine deutlich bessere Wirkung zu, sie induzieren die frühe T-Zell- und blockieren die B-Zelldifferenzierung, zusätzlich fördern sie die Reifung von Suppressor-, Helfer- und cytotoxischen T-Zellen (2,23,42). Nach neueren Erkenntnissen zählen sie nicht mehr zur PM. Aus der Frischzellentherapie entstand die cytoplasmatische Therapie und aus der Eigenbluttherapie sind die Gegensenibilisierung und die Behandlung mit Ak-Fragmenten hervorgegangen (THEURER - 38,39).

Die Gegensenibilisierung bewirkt durch die Bildung von Antikörpern gegen die pathologischen Autoantikörper eine Immunsuppression und verringert dadurch die Freisetzung lysosomaler Enzyme. Auch Ak-Fragmente blockieren in ähnlicher Weise die pathologische Immunreaktion (16).

Bei der cytoplasmatischen Organdilution werden mit Organen des Immunsystems (fetalen Thymus, Milz und jugendliche Nebennieren) dessen Dysfunktionen durch Hemmung der überschießenden Ak-Synthese beseitigt (25).

Diese Therapien werden unter dem Begriff 'Organotherapie' vereinigt.

Die Neuraltherapie nach HUNEKE besteht in einer Behandlung des Patienten über das neurovegetative System, basierend auf den Arbeiten von FISCHINGER zum 'System der Grundregulation' (27).

Sie kennt zwei Wege:

1. Segmenttherapie: gezielte Injektionen von Lokalanästhetika

(Prokain) im Segmentbereich der Erkrankung, wobei ein reflektorischer Reiz (z.B. cutivisceral) auf innere Organe, Gelenke oder Muskeln ausgeübt wird (6).

2. Heilung über das Störfeld: Ziel ist die Ausschaltung von 'Störfeldern', unter denen man alle Organe und Stellen (z.B. Foci) versteht, die pathologisch verändert sind oder waren und auf nervalem Weg 'Fernstörungen' hervorrufen (1,11).

Akupunktur:

Nach dem Verständnis der traditionellen chinesischen Medizin ist die Akupunktur eine Reizung definierter Punkte auf der Körperoberfläche, die jeweils mit bestimmten Organsystemen in Verbindung stehen. Durch das System der Meridiane sind dabei 361 Punkte miteinander verbunden. Durch jeden Einstich der Akupunkturnadeln wird der gestörte Fluß der Lebensenergie ('Qi') normalisiert.

Die Wirkung beruht auf einer Schmerzlinderung durch vermehrte Ausschüttung von Endorphinen (BISCHKO, 1972), sowie in einer günstigen Beeinflussung des Muskeltonus und der lokalen Durchblutung.

Es existieren verschiedene Varianten in Form von Ohr-, Skalp- und Gelenksakupunktur, Elektro- und Laserakupunktur, sowie Akupressur (20,28).

Homöopathie:

Die Homöopathie stellt eine von S.HAHNEMANN begründete Regulationstherapie dar. Das zugrundeliegende 'Simile-Prinzip' bedeutet, daß Natursubstanzen, in konzentrierter Form einem Gesunden verabreicht, jeweils spez. Erscheinungen hervorrufen, dagegen in starker Verdünnung (potenziert) gerade als Heilmittel für eben diese Krankheiten fungieren können. Die Persönlichkeit des Patienten (Konstitution, Ängste, Zwänge, Umweltmodalitäten) spielt für die Auswahl der Substanzen eine wesentliche Rolle. Bei der cP wurde in letzter Zeit u.a. die Droge Harpagophyton (=Teufelskralle) in potenziierter Form mit angeblichem Erfolg eingesetzt (13,14).

Chirotherapie:

Therapeutisch kann die Hand des Arztes entsprechende Reize verabreichen; diese Behandlung kann dabei über Fühler in der Haut (Reflexzonenmassage), über Fühler der Muskulatur (Weichteiltechniken, Massagen, postisometrische Relaxation der manuellen Medizin) und schließlich über Fühler der Gelenke (Mobilisation und chirotherapeutische Manipulation) erfolgen; lösen von 'Blockierungen' (17,45). Entzündliche Gelenkserkrankungen stellen dafür eigentlich eine Kontraindikation dar (7).

Enzyme:

Die vorhandenen Enzympräparate Wobenzym und Mulsal (=Wobenzym ohne Rutin) bestehen aus Pankreatinlipase, Papain, Amylase, Bromelin, Chymotrypsin und Trypsin. Ihre Wirkung wird in der Spaltung von Immunkomplexen (v.a. zirkulierende) und in der Depolymerisation von Fibrin vermutet. Langzeit und Dauertherapie sind ohne Einschränkung möglich, die einzunehmende Wirkdosis ist außergewöhnlich hoch (34,35,36). Die endgültige Zuordnung dieser Wirkstoffe ist noch nicht möglich.

Sauerstoff:

Angewandt werden reiner Sauerstoff und Ozon. Man postuliert aufgrund mancher Untersuchungen, daß in der Synovia der pO_2 und pH erniedrigt, pCO_2 und Lactat erhöht sind, also eine unzureichende Durchblutung besteht. Sauerstoff soll die Abstoßungsreaktion und einige andere immunologische Mechanismen unterdrücken (21,43).

Kupfer:

Vielfach wird das Tragen von Kupferarmbändern empfohlen. Die Wirkung soll auf einer Resorption von Kupfer durch die Haut und einer angeblich damit verbundenen subjektiven Besserung beruhen (42).

Die obige Auflistung umfaßt nur die häufigsten paramedizinischen Anwendungen und ist keineswegs vollständig, einige weitere Verfahren, sind im folgenden nur kurz genannt:

Beta-Sitosterin (Flemun, Harzol, Triastomal)

Zinksulfat

Kupfersalicylatkomplex

Vitamin E

Grüne Meermuschel

Tiergifte (Biene, Schlange)

Ginseng, Schwedenkräuter

u.a.

Bei sämtlichen oben genannten Methoden steht aus schulmedizinischer Sicht ein in gesicherten klinischen Studien geführter Wirksamkeitsnachweis noch aus, dies z.T.trotz jahre-, ja jahrzehntelanger Anwendung.

2. Patientengut und Methode

Die Befragung zielte ausschließlich auf Patienten, die an einer gesicherten chronischen Polyarthrititis (nach ARA-Kriterien) leiden, nicht zuzurechnen sind hier Arthritiden anderer Genese oder im Gefolge einer anderen Grunderkrankung, wie z.B. bei Psoriasis, Kollagenosen, nach Infektionen, bei Gicht, M.Crohn, Colitis ulcerosa, sowie die Lyme-Arthritis und der M. Reiter. Alle diese Arthritiden wurden nicht berücksichtigt.

Um der Frage näher zu kommen, ob innerhalb verschiedener Kollektive Unterschiede im Bezug auf das Verhalten gegenüber der Paramedizin (PM) bestehen, wurde die Befragung an 2 getrennten Patientenkollektiven durchgeführt. Das eine bilden stationäre Patienten aus einer Rheumaklinik (Bad Abbach), das andere Patienten eines niedergelassenen Rheumatologen in München. Die Klinikpatienten wurden vom Autor an mehreren Tagen in einem Zeitraum von 4 Monaten hintereinander in den jeweiligen Patientenzimmern aufgesucht und befragt, die Praxispatienten während Abwesenheit des Rheumatologen in dessen Behandlungszimmer. Insgesamt erstreckte sich die Befragung von Mai 1985 bis Januar 1986.

Alle zusammen, wurden 60 Patienten (davon 38 aus der Rheumaklinik, 22 von der Praxis) anhand eines 42 Fragen umfassenden Fragebogens interviewt.

Dieser umfaßte 3 Fragenkomplexe:

Fragen zur Person

Fragen zur Schulmedizin

Fragen zur Paramedizin

Neben den unmittelbaren persönlichen Daten (Alter, Größe, Gewicht, Geschlecht) wurde der erlernte und derzeitige Beruf, Familienstand, Krankheitsdauer erfragt, sowie das Krankheitsstadium gemäß der Einteilung nach STEINBROCKER e.a. den Behinderungsgraden I - IV zugeteilt.

Hinsichtlich Schulmedizin (SM) wurde die Art der ärztlichen Betreuung, das Verhältnis zum betreuenden Arzt, derzeitige medikamentöse Therapie mit nichtsteroidalen Antiphlogistika

oder Kortison, sowie ob überhaupt einmal eine Basistherapie stattfand (wenn ja-welche), erfragt. Weitere Punkte betrafen die Regelmäßigkeit der Medikamenteneinnahme, etwaige selbstständig verabreichte Schmerzmittel, Krankengymnastik und Sport vor bzw. nach der Erkrankung. Die Wirkung der verordneten Medikamente, der physikalischen Therapie, von Operationen sowie von Krankenhaus- oder Kuraufenthalten, konnten die Patienten mit 'gut', 'mäßig' oder 'schlecht' einstufen.

Gleiche Bewertungsmöglichkeiten bestanden für die angewandten paramedizinischen Verfahren, die jeweils abgefragt wurden und außerdem wurde sich nach weiteren, nicht speziell erwähnten erkundigt. Solchermaßen aufgezählt wurden:

- Parenterale Applikationen = Injektionen (Neuraltherapie, Organotherapie, Eigenblut, 'Frischzellen', Thymus)
- Psychotherapie
- Manuelle Therapie (z.B. Chiropraktik)
- Homöopathische Medikationen
- Hausmittel (Tees, Schnaps, Umschläge, Badezusätze, u.a.)
- Bestimmte Diät (vegetarisch, wenig Fleisch, keine Innereien)
- Metallbehandlung (Kupferarmreif)
- Spezielle Salben
- Akupunktur
- Enzymtherapie (Wobenzym, Mulsal)
- Sauerstofftherapie (reiner O₂, Ozon)

Darüberhinaus verwandte Verfahren wurden unter 'Sonstige' eingereiht.

Wer PM-Verfahren angewandt hatte, wurde nach seiner Bereitschaft zur Wiederholung oder zum Versuch neuer befragt, wer bisher nichts versucht hatte, ob er beabsichtige, derartiges zu probieren. Weiter sollten die Patienten ihre anfallenden Kosten ungefähr abschätzen und angeben, ebenso, auf wessen Rat hin sie sich zur PM wandten, oder ob auf eigene Initiative hin.

Zuletzt konnten die Patienten ihre grundsätzliche Einstellung zur SM und zur PM jeweils mit 'Vertrauen', 'indifferent' oder 'Ablehnung' charakterisieren.

Der Patient wurde zu Beginn über die Anonymität der Befragung

aufgeklärt, zu freien Äußerungen aufgefordert und gelegentlich während des Gesprächs nochmals dazu ermuntert; dennoch muß auf die Möglichkeit verwiesen werden, daß gegenüber einem mit weißem Kittel bekleideten, offensichtlichen Vertreter der Medizin nicht in jedem Falle mit voller Offenheit zu rechnen ist.

3. Ergebnisse

3.1. Epidemiologie

Wie eingangs erwähnt, wurde die Befragung an zwei getrennten Kollektiven durchgeführt. Das eine Patientenkollektiv (22 Patienten) rekrutiert sich aus der Praxis eines niedergelassenen Rheumatologen, das andere aus der Rheumaklinik in Bad Abbach (38 Patienten), insgesamt wurden 60 Patienten befragt.

Das Verhältnis Männer:Frauen beträgt 1:4 und entspricht damit etwa dem in der Literatur angegebenen.

Tab. 1 zeigt die Aufteilung in Kollektive und Geschlecht.

	Männer	Frauen	Gesamt
Rheumaklinik	6	32	38
Praxis	6	16	22
Gesamt	12	48	60

Tab.1: Verteilung der Kollektive und Geschlechter

Das Alter der Patienten liegt zwischen 21 und 77 Jahren, das durchschnittliche Alter beträgt 55,4 Jahre. 52 Patienten sind älter als 40 Jahre (87%), nur 3 Patienten sind unter 30 J.

Die Krankheitsdauer - Zeit, seitdem die cP diagnostiziert ist - schwankt zwischen 3 Monaten und 34 Jahren, die durchschnittliche Krankheitsdauer beträgt 9,9 Jahre. Daraus ergibt sich ein durchschnittliches Erkrankungsalter von 45,5 Jahren. Auch dieser Mittelwert entspricht gut den Angaben der Fachliteratur.

Hinsichtlich der Krankheitsstadien sind 44 (73%) etwa gleich häufig den Stadien II und III zuzurechnen, die verbleibenden

16 Patienten verteilen sich wiederum etwa gleich auf die Stadien I und IV.

Von den 60 Patienten waren oder sind 20 als Angestellte, 28 als Arbeiter tätig, 12 Patientinnen sind als Hausfrauen nie berufstätig gewesen. Zum Zeitpunkt der Befragung waren insgesamt nur 15 Patienten (25%) erwerbstätig, die Mehrzahl besteht aus Rentnern und Hausfrauen. Eine Prävalenz bestimmter Berufsgruppen konnte nicht beobachtet werden, interessanterweise befand sich kein Akademiker oder Freischaffender in den Kollektiven. Das mittlere Bildungsniveau dürfte sich wohl dem unteren Mittelfeld zuordnen lassen.

3.2. Haltung und Grundeinstellung zur Schulmedizin (SM)

Erwartungsgemäß versah kein Patient seine Grundeinstellung zur SM mit der Bewertung 'ablehnend', die große Mehrheit von 48 Patienten (80%) hat Vertrauen zur SM, nur 20% können sich nicht für ein klares Urteil entscheiden oder haben keine Meinung. 26% der Patienten in der Rh.klinik - rund ein Viertel - geben eine indifferente Haltung an, das entspricht dem 3-fachen Prozentsatz der Praxispatienten (9%). Hinsichtlich

	Vertrauen	indifferent
Rheumaklinik	28 (73%)	10 (26%)
Praxis	20 (91%)	2 (9%)
Männer	8 (67%)	4 (33%)
Frauen	40 (83%)	8 (17%)
Gesamt	48 (80%)	12 (20%)

Tab.2: Grundeinstellung zur Schulmedizin

der Geschlechter besteht kein großer Unterschied, deutlich scheinen die Männer weniger Vertrauen als die Frauen zu zeigen, immerhin ein Drittel der Männer äußert eine indifferente Haltung (insgesamt nur ein Fünftel der Patienten).

Die Aufteilung verdeutlicht Tab.2 (sh. vorige Seite).

In Bezug auf die Krankheitsdauer ergab sich eine abnehmende Tendenz des Vertrauens zur SM , je länger die Krankheit bestand.

Tab. 2a weist dies aus:

	Vertrauen	indifferent	Gesamt
0 - 2 Jahre	16 (84%)	3	19
3 - 7 Jahre	10 (91%)	1	11
8 - 15 Jahre	10 (67%)	5	15
darüber	12 (80%)	3	15
Gesamt	48	12	60

Tab. 2a: Grundeinstellung zur SM bezogen a. d. Krankheitsdauer

Den Zusammenhang von PM-Erfahrung und Haltung zur SM veranschaulicht Tab.2b:

	Vertrauen	indifferent	Ablehnung
Pm versucht (50)	39 (78%)	11	keiner
Pm nicht vers. (10)	9 (90%)	1	keiner

Tab. 2b: Grundeinstellung zur SM bezogen auf PM-Erfahrung

Betrachtet man die Patienten mit PM-Erfahrung, ergibt sich kein deutlicher Hinweis darauf, daß solche Patienten die PM versucht haben, weniger Vertrauen zur SM hätten, als die welche bislang noch über keine PM-Erfahrung verfügen.

Auf die Frage nach dem Verhältnis zum betreuenden Arzt charakterisieren von den 38 Patienten aus der Rh.klinik Bad Abbach 37 Patienten dieses mit 'gut', in der Praxis bewerten 15 Patienten ihr Verhältnis zum behandelnden Arzt mit 'gut'. Insgesamt geben 78% ein gutes Verhältnis zu ihrem Arzt an.

Des weiteren sollten die Patienten die bisherige SM-Behandlung, einmal die nichtmedikamentöse, bestehend aus Kur, stationärem Krankenhausaufenthalt, physikal. Therapie und Operationen, zum anderen die medikamentöse Behandlung, bestehend aus nichtsteroidalen Antiphlogistika-Antirheumatika, Kortison und Basistherapie, bewerten.

Die nicht-medikamentösen Behandlungen zeigen danach alle einen überwiegend guten Effekt, am deutlichsten die physikalische Therapie, die 35 Patienten für 'gut' befanden und die in den meisten Fällen zusätzlich zur medikamentösen Therapie angewandt wurde (bei 47 Patienten).

	gut	mittel	schlecht	ohne Behdl.
Kur	21	6	7	4
Stat. Behandlung	17	9	7	6
Phys. Therapie	35	6	6	-
Operationen	9	1	1	17

Tab.3: Bewertung der nichtmedikamentösen SM-Behandlung

Betrachtet man bei der phys. Therapie die 35 'gut' Bewertungen im Hinblick auf das Krankheitsstadium, dann verteilen sich davon 22 auf die Stadien I und II (63%), 11 auf Stadium III und nur 2 auf Stadium IV (6%). Die relative Häufigkeit innerhalb der Stadiengruppe fällt von 80% in Stadium I erwartungsgemäß auf nur 33% in Stadium IV ab.

Bei der Wirkung der schulmedizinischen Medikamente konnten die Patienten ihre Erfahrung mit 'gut', 'mäßig' oder 'gar nicht' klassifizieren. Zwischen den beiden Kollektiven gibt es nur einen geringen Unterschied, bei der 'gut' Bewertung liegen die Praxispatienten um 15% höher, was zu dem bereits oben erwähnten, etwas größeren Vertrauen dieser Patienten zur SM ganz gut paßt. Insgesamt bewerten 36 Patienten von 58 (zwei Patienten ließen sich nicht medikamentös behandeln) die SM-medikamentöse Therapie mit 'gut' (62%).

Tab.4 zeigt die einzelnen Zahlen nach Kollektiven getrennt:

	gut	mäßig	gar nicht
Rh.klinik	20 (57%)	10 (27%)	6 (16%)
Praxis	16 (73%)	3 (14%)	3 (14%)
Gesamt	36 (63%)	13 (22%)	9 (15%)

Tab.4: Bewertung der SM-Medikamente

Hinsichtlich Krankheitsstadium findet sich ebenfalls erwartungsgemäß eine Abnahme der relativen Häufigkeit der 'gut' Bewertungen von Stadiengruppe I bis IV um 30%.

Zwischen den verschiedenen Arten der Medikation wurde bei der Bewertung durch den Patienten nicht unterschieden, über die Häufigkeit kann festgestellt werden: 51 Patienten erhielten NSA, 44 Basistherapie und 28 Kortison. 17 Patienten erhielten im Augenblick der Befragung gleichzeitig alle drei Therapie-

gruppen. NSA und Kortison wurden nur auf eine aktuelle Einnahme hin befragt. Wegen der Langzeitwirkung der Basistherapie war von Interesse, ob überhaupt bei den Patienten schon einmal eine solche Therapie durchgeführt wurde. Viele Patienten hatten bereits mehrere verschiedene Basistherapien hinter sich, die meistens wegen der massiven Nebenwirkungen abgebrochen werden mußten.

Nach der Regelmäßigkeit der Medikamenteneinnahme befragt, gaben von den 36 medikamentös behandelten Patienten der Rh.klinik 30 Patienten an, daß sie ihre Medikamente regelmäßig wie angeordnet einnahmen, immerhin räumten 6 Patienten (17%) ein, diese nicht ganz regelmäßig zu nehmen. Von den 22 Praxispatienten gaben dies 2 Patienten (9%) zu, der überwiegende Rest gab eine regelmäßige Einnahme der Medikamente an. Ein Patient, der die verordneten Medikamente gar nicht einnimmt, war nicht zu ermitteln.

42 Patienten (70%) erhielten zum Zeitpunkt der Befragung eine krankengymnastische Behandlung oder führten eine solche zu Hause selbstständig weiter. Eine diesbezügliche Betrachtung der Kollektive gibt Tab.5:

	Krankengymnastik	
	Ja	Nein
Rh.klinik	29	9
Praxis	13	9

Tab.5: Anwendung von Krankengymnastik bezogen a.d. Kollektive

Körperliche Betätigung in Form von Sport betrieben vor Ausbruch ihrer Krankheit etwa die Hälfte der Patienten, nach der Erkrankung gab nur noch ein Patient eine sportliche Aktivität an.

Die 28 vor Beginn der Erkrankung Sporttreibenden teilen sich

in 12 Rh.klinik- (32%) und 16 Praxispatienten (73%) auf. Dieser Unterschied gründet sich wohl auf den höheren Anteil von Männern im Praxiskollektiv, da von insgesamt 12 Männern 9 Sport trieben (75% der Männer), bei den Frauen liegt der Anteil bei 40% Sportlerinnen.

3.3. Verhalten und Grundeinstellung gegenüber der Paramedizin

3.3.1. Grundeinstellung zur Paramedizin (PM)

Die gleiche Frage wie zur SM wurde für die PM gestellt, die Patienten konnten ihre Grundeinstellung mit 'Vertrauen', 'indifferent' oder 'Ablehnung' charakterisieren. Insgesamt wurden die 3 Bewertungen etwa gleich häufig angegeben. Tab.6 zeigt die Aufschlüsselung nach Kollektiven und Geschlecht. Auch innerhalb der Kollektive findet sich eine etwa gleich häufige Verteilung der Antworten, auffällig hingegen die unterschiedlichen Bewertungen bei Männern und Frauen.

	Vertrauen	indifferent	Ablehnung	Gesamt
Rh.klinik	13	11	14	38
Praxis	9	7	6	22
Männer	2	4	6	12
Frauen	20	14	14	48
Gesamt	22 (37%)	18 (30%)	20 (33%)	60

Tab.6: Grundeinstellung zur PM nach Kollektiven und Geschlecht

Die Hälfte der Männer steht der PM ablehnend gegenüber, bei den Frauen sind dies nur ein wenig mehr als ein Viertel (29%). Von den Frauen bekunden 20 (42%), von den Männern nur 2 (17%) Vertrauen zur PM; damit liegt der relative Anteil bei den Frauen 3 mal höher als bei den Männern. Männer scheinen bei der Beurteilung der PM eher skeptischer zu sein, eine Haltung, die sich bereits gegenüber der SM ausdrückte, wo die Männer sich doppelt so häufig wie die Frauen für eine indifferente Bewertung der SM entschieden.

Untersucht man die Grundeinstellung im Hinblick darauf, ob PM angewandt wurde oder nicht, ergeben sich interessante Unterschiede (sh. Tab.7).

	PM versucht	PM nicht versucht	Gesamt
Vertrauen	22 (44%)	-	22 (37%)
indifferent	11 (22%)	7 (70%)	18 (30%)
Ablehnung	17 (34%)	3 (30%)	20 (33%)
Gesamt	50	10	60

Tab.7: Grundeinstellung zur PM bezogen auf PM-Anwendung

Während der Prozentsatz der Ablehnung nach dem Versuch von PM nur unwesentlich ansteigt (von 30 auf 34%), sieht man die deutliche Abnahme der indifferenten Urteile und einen deutlichen Zuwachs an Vertrauen bei denen, die PM-Erfahrung hinter sich haben.

Den Zusammenhang zwischen Grundeinstellung und Krankheitsdauer veranschaulicht Tab.8 (sh. nächste Seite).

	Vertrauen	indifferent	Ablehnung	Gesamt
0 - 2 J.	4	9	6	19 (32%)
3 - 7 J.	5	1	5	11
8 - 15 J.	7	4	4	15
über 15 J.	6	4	5	15

Tab.8: Grundeinstellung zur PM bezogen auf Krankheitsdauer

Es zeigt sich ein recht ausgewogenes Bild, bei den unter 2 Jahren Erkrankten dominiert etwas die Tendenz zu indifferenter Bewertung, sonst zeigen sich keine auffälligen Betonungen. Ein Drittel der Patienten ist weniger als 2 Jahre, die Hälfte länger als 7 Jahre krank.

Hinsichtlich Patientenalter fällt nur ein relativ hoher Anteil mit Vertrauen zur PM unterhalb des 40.sten Lebensjahres auf.

3.3.2. Hinwendung zur PM, Wiederholung bereits versuchter PM-Verfahren, Ausprobieren neuer PM

Von den 60 befragten Patienten haben 50 irgendwann PM versucht, dies entspricht 83%. Von denen, die bislang keine PM probiert haben, beabsichtigt keiner in naher Zukunft einen Versuch.

Der Anteil der Frauen liegt erheblich über dem der Männer, desgleichen versuchten relativ mehr Patienten der RH.klinik gegenüber den Praxispatienten PM (sh. Tab.9).

Über 50% der Rh.klinikpatienten sowie der Frauen planen eine Wiederholung der von ihnen versuchten PM-Methoden. 18 Frauen wollen neue PM-Anwendungen probieren, während von den Männern nur 2 an Wiederholung und Neuversuch interessiert sind. Insgesamt wollen 26 (52%) von 50 Patienten wiederholen. Deutlich

	Gesamt	PM versucht	Wiederholung	PM Neuversuch
Rh.klinik	38	34 (89%)	19	11
Praxis	22	16 (73%)	7	9
Männer	12	7 (58%)	2	2
Frauen	48	43 (90%)	24	18
Gesamt	60	50 (83%)	26	20

Tab.9: Anwendung, Wiederholung und Versuch neuer PM

tritt die stärkere Neigung der Frauen zur Anwendung von PM hervor (90%).

Hinsichtlich Krankheitsdauer tritt erwartungsgemäß bei den Patienten mit längerer Krankheitsdauer eine Zunahme der PM-Versuche auf. So wandten von den unter 2 Jahren Erkrankten 13 Patienten PM an (68% von 19), bei den mit über 15jähriger Krankheitsdauer probierten 14 Patienten PM (93%).

Die durchschnittliche Krankheitsdauer beträgt bei den Patienten ohne PM-Erfahrung 6,1 Jahre und liegt damit um 4,5 Jahre unter der von Patienten mit PM-Versuchen (10,6 Jahre).

Einen weiteren Bezug liefert das Erkrankungsalter, sh. Tab.10: Auffällig ergibt sich hier eine stetige Abnahme der PM-Versuche mit höherem Erkrankungsalter, d.h. Patienten, die in jüngeren Jahren erkrankt sind, wenden häufiger PM-Verfahren an.

Wie oben erwähnt beträgt das durchschnittliche Erkrankungsalter 45,5 Jahre. Betrachtet man nur die Patienten mit PM-Versuchen, ergeben sich 44,1 Jahre, bei denen ohne PM-Versuche 52,1 Jahre. Das durchschnittliche Erkrankungsalter derer, die PM versuchten, ist damit um 8 Jahre jünger als das von den Patienten ohne PM-Erfahrung.

	PM versucht	PM nicht versucht	Gesamt
16-30 Jahre	7 (88%)	1	8
31-45 Jahre	20 (91%)	2	22
46-60 Jahre	16 (84%)	3	19
über 60	7 (64%)	4	11

Tab.10: Anwendung von PM nach Erkrankungsalter

In der Gruppe der unter 30 Erkrankten sowie der über 60 Erkrankten probierten je 7 Patienten PM. Während in der ersteren noch 5 Patienten neue PM-Verfahren anwenden wollen, beabsichtigt von den jenseits 60 Erkrankten nur noch ein Patient einen Neuversuch. Auch die Bereitschaft, neue PM zu versuchen, nimmt mit höherem Erkrankungsalter ab.

3.3.3. Anwendung der PM auf Empfehlung oder eigene Initiative

Von 50 Patienten mit PM-Erfahrung befolgten 26 eine oder meh-

Naturheilkundiger	17
Verwandte / Bekannte	9
Medien	5
Andere cP Patienten	3
Apotkeker	2

Tab.11: PM auf Empfehlung

rere Empfehlungen. Rund die Hälfte kam demnach auf eigene Initiative zur PM, die andere Hälfte folgte fremdem Rat. Die bevorzugten Ratgeber führt in fallender Häufigkeit Tab.11 auf (sh. vorige Seite).

Mit Abstand am beliebtesten ist der Naturheilkundige/Heilpraktiker, den 17 Patienten einmal oder mehrere Male aufsuchten; dies bedeutet, daß von den 50 Patienten mit PM-Erfahrung 34% den Heilpraktiker konsultierten.

3.3.4. Bewertung der paramedizinischen Methoden

Da insgesamt 134 verschiedene PM-Anwendungen von 50 Patienten versucht wurden, ergibt sich, daß im Schnitt pro Patient 2,7 Methoden verwendet wurden, natürlich nicht jede mit dem gleichen Ergebnis. 28 Patienten (56%) geben bei mindestens einer Methode ein gutes Ergebnis an, 10 Patienten (20%) ein mittleres und 35 Patienten haben mindestens einmal eine schlechte Erfahrung hinter sich.

Bei einer Krankheitsdauer bis 2 Jahren überwiegen eindeutig die schlechten Bewertungen, im Bereich 3-8 Jahre steigen die guten Erfahrungen etwas an und sind relativ hoch in der Gruppe der 8-15 Jahre Kranken (Von 13 Patienten bewerten 10 eine Methode mit 'gut'). In der letzten Gruppe der über 15 Jahre Kranken sinken die guten Bewertungen und die schlechten Urteile erreichen fast 90%.

Erwartungsgemäß nimmt die Zahl der durchschnittlich verwendeten PM-Methoden mit der Krankheitsdauer zu, sie steigt von 1,9 in Gruppe I (0-2 Jahre) über 3,4 in Gruppe II und III (3-7 und 8-15 J.) auf 4,1 in der letzten Gruppe an.

Von den 134 mal angewendeten verschiedenen PM wurden 119 bewertet, 15 waren vom Patienten hinsichtlich Ergebnis nicht mehr einschätzbar oder erinnerlich.

Die Aufteilung zeigt Tab.12 (sh. nächste Seite):

	gut	mittel	schlecht	Gesamt
Männer	4	4	9	16
Frauen	49	13	41	103

Tab.12: Bewertung der einzelnen PM-Verfahren nach Geschlecht

Die guten und schlechten Bewertungen halten sich annähernd die Waage, deutlich wieder die positiveren Urteile der Frauen als der Männer, die mehr als doppelt so häufig ein schlechtes wie ein gutes Urteil fällten.

3.3.5. Finanzielle Aufwendungen für PM-Verfahren

Zunächst ist zwischen einmaligen und regelmäßigen monatlichen Belastungen zu unterscheiden. Manche Patienten hatten überhaupt nur ein einziges Mal etwas versucht und damit Geld ausgegeben, andere haben seit Jahren regelmäßige monatliche Auslagen, z.B. für einen Brennesseltee im Monat 20 DM, wiederum andere haben mehr oder weniger regelmäßig in ihrer Höhe wechselnde Aufwendungen, z.B. Heilpraktiker, Akupunktur, Neuraltherapie u.ä., und manche haben alle Arten von Belastung nebeneinander gleichzeitig (also viele einzelne und nebenbei regelmäßige Belastungen).

18 Patienten hatten einmalige Auslagen, die zwischen 20 und 2000 DM liegen, durchschnittlich 327,50 DM betragen.

37 Patienten wenden monatlich Geld auf, die Beträge liegen zwischen 10 und 300 DM, im Durchschnitt belaufen sich die monatlichen Belastungen auf 54,10 DM.

Für eine nicht unbedeutende Zahl von Patienten waren es hauptsächlich die selbstzutragenden Kosten, die sie von weiteren PM-Versuchen abhielten ('Wenn es die Kasse zahlen würde..').

3.4. Ergebnisse bei den einzelnen paramedizinischen Verfahren

Einen Überblick über die absoluten Häufigkeiten der verwendeten PM-Methoden, sowie die individuelle Einschätzung des jeweiligen Ergebnisses vermittelt Tab.13:

	Anzahl	gut	mittel	schlecht	ohne Urteil
Hausmittel	46	17	8	19	2
Bestimmte Diät	16	7	-	4	5
Homöopath. Med.	16	3	2	9	2
Parent. Applik.	15	7	3	4	1
Akupunktur	11	5	-	4	2
Metallbehandlung	9	2	-	7	-
Salben	8	4	2	1	1
Sauerstoff	3	2	-	-	1
Enzymtherapie	3	-	1	1	1
Psychotherapie	2	2	-	-	-
Manuelle Therapie	1	1	-	1	-
Sonstige	4	3	-	1	-
Gesamt	134	53	16	50	15

Tab.13: Bewertung der einzelnen PM-Behandlungen

Mit Abstand am häufigsten wurden die Hausmittel angewandt,

bezogen auf alle befragten Patienten entspricht diese Zahl 75% (aller 60 Patienten). Mit anderen Worten: Von 4 cP Patienten setzten 3 Hausmittel ein, wobei sich die guten und die schlechten Bewertungen die Waage halten.

Zu den noch relativ oft verwandten Methoden zählt zum einen die Diät. Sie ist selbst auferlegt, und es wurde bei der Befragung streng darauf geachtet, daß keine anderen Ursachen den Patienten zur Diät veranlaßten, wie etwa Gewichtsreduktion oder Diabetes. Meist verzichteten die Patienten auf allzuviel Fleischgenuß, insbesondere auf Schweinefleisch und Innereien, andere tranken Birkensaft und aßen Müsli.

Gleichhäufig wurden homöopathische Medikamente eingenommen, die meistens nicht mehr speziell eruierbar waren.

Annähernd ebenso oft entschieden sich die Patienten für parenterale Applikationen. Diese und Diät wurden hinsichtlich Ergebnis überwiegend gut, Homöopathie eher schlecht bewertet.

Von den nächsten 3 Methoden, immerhin von etwa 15% aller befragten Patienten verwendet, führen mit überwiegend gutem Ergebnis verschiedene Salben, z.B. Ringelblumensalbe, Kneipp-Rheumasalbe, Bienengift u.a. Durchweg negative Erfahrung machten die Patienten hingegen mit der Metallbehandlung (Kupferarmbänder); auch bei der Akupunktur werden etwa gleich häufig gute und schlechte Urteile abgegeben.

Von den restlichen der selten verwendeten Methoden bleibt die gute Erfahrung zweier Patienten mit Psychotherapie und Sauerstoff hervorzuheben, eine Patientin (ohne schulmedizinische Medikation) schwört auf einen Chiropraktiker, der jedoch mittlerweile verstorben ist. Gleiche Patientin ließ bei sich eine 'direkte Hypophysenübertragung' von einem frisch geschlachteten Kalb in 'eine Bauchfalte' durchführen mit angeblich bestem Erfolg (?).

Unter den Sonstigen war außerdem eine Patientin, die durch Handauflegen und Abbeten bislang die besten Ergebnisse erreicht hat, sowie eine, die ihre durch 'Erdstrahlen' verursachte cP durch einen ominösen Strahlenschutzkasten lindern konnte, jetzt jedoch ihre Gastwirtschaft, wo sie lebt und ar-

beitet, aufgrund ihrer Krankheit verkaufen will. Ein von einem Patienten um den Hals getragenes Magnetkreuz zeigte - wie nicht anders zu erwarten - keine Wirkung auf seine subjektive Befindlichkeit.

Hausmittel:

46 Patienten versuchten insgesamt 65-70 mal irgendein Mittel. Eindeutig am häufigsten wurden die verschiedenen Tees genannt, allen voran der Brennesseltee, der von 14 Patienten immerhin 7 mal in seiner Wirkung gut bewertet wurde. Der Teufelskralentee folgt nächst häufig mit 8 Anwendungen.

Weiter versuchten die Patienten Badezusätze, spezielle Umschläge und besondere Getränkezubereitungen, sowie rote Beete und Wacholderkuren.

Bei den Tees halten sich die guten und schlechten Urteile die Waage, was Umschlägen und Getränke betrifft, sind positive Urteile geäußert worden, aber nicht bei Wacholderkuren.

Eine kurze Übersicht, in fallender Häufigkeit geordnet, sei im folgenden gegeben:

Tees:	Brennessel, Kräuter, Arnika, Kneipp, Weidenrinde, Heublumen, Dr.Sams, Birkenblätter
Schnäpse:	Schwedenkräuter, Ginseng
Badezusätze:	Kneipp, Bad Wurzach, Klopferbad, Arnikabad u.a.
Umschläge:	Retterspitz, Quark, Knoblauch + Zwiebel + Honig, Vollkornmehl, Krauseminzensaft, Apfelessig+Sprudel, Honig+Weinessig
Kuren:	Wacholder, rote Beete

Parenterale Applikationen:

Insgesamt 15 Patienten versuchten parenterale Applikationen, vier davon gleich mehrere in Kombination, z.B. wurden angewandt Eigenblut+Frischzellen+Neuraltherapie oder Eigenblut+Thymus; mit Sauerstoff wurde kombiniert, z.B. Ozon+Eigenblut, reiner Sauerstoff+Eigenblut.

Die kombinierten Anwendungen wurden insgesamt mit gut bewertet, alleinige Eigenbluttherapie jedoch in drei Fällen negativ. Thymus oder Neuraltherapie für sich allein wurden dagegen eher positiv eingeschätzt. Ohne Berücksichtigung der Kombinationszugehörigkeit sind in Tab.14 sämtliche par. Applikationen mit Bewertung aufgelistet (leider war die Art der Applikation nicht in allen Fällen eindeutig zu erfahren, und mußte dann unberücksichtigt bleiben).

	Gesamt	gut	mittel	schlecht	ohne Urteil
Parent. Applikationen	15	7	3	4	1
Neuraltherapie	3	2	1	-	-
Thymus	3	3	-	-	-
Eigenblut	8	2	2	3	1
Frischzellen	2	1	1	-	-

Tab.14: Bewertung der parenteralen Applikationen

4. Diskussion

In vorliegender Studie wurden 60 Polyarthritiker anhand eines Fragebogens befragt. Die epidemiologischen Daten entsprechen den aus der Literatur bekannten (bzgl. durchschnittliches Alter, Krankheitsdauer, Geschlechtsverhältnis), damit liegt ein typisches Patientengut vor. Bei sämtlichen Patienten ist die Diagnose einer cP gesichert.

Die vorgenommene Unterteilung in zwei Kollektive, nämlich 22 Patienten aus einer rheumat. Praxis, 48 von einer Rh.klinik, will möglicherweise bestehende Unterschiede bei der Anwendung von PM abhängig von der jeweiligen Betreuung deutlich machen. Dieser Frage wurde bisher noch in keiner wissenschaftlichen Arbeit nachgegangen. Grundsätzlich existiert zu diesem Themenbereich wenig Literatur. Die bisherige wissenschaftliche Forschung galt mehr den immunologischen Faktoren im Hinblick auf Kausalität und daraus resultierende Behandlungsmöglichkeit der cP; der Bereich der PM wurde dabei leider vernachlässigt. Mangels Literatur ist eine vergleichende Diskussion im folgenden kaum möglich; die am ehesten noch heranziehbare Arbeit stammt aus Österreich von RAINER (30). Hier wurde zum ersten Mal ein größeres Kollektiv zur PM befragt, allerdings mit deutlichen Abweichungen von dieser Arbeit. RAINER betrachtete ein Kollektiv von Patienten mit verschiedenen Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises aus drei Ländern (Österreich, Schweiz, Deutschland); außerdem handelt es sich hier um sein eigenes Patientengut, während in dieser Arbeit ein fremdes Patientengut ausschließlich bestehend aus Polyarthritikern Gegenstand der Betrachtung war.

48 von 60 Patienten (80%) geben Vertrauen zur SM an, 12 nehmen eine indifferente Haltung ein. Hinsichtlich PM teilt sich die Grundeinstellung zu etwa je einem Drittel in Vertrauen, indifferent und Ablehnung auf (Tab.2 und 6).

Die Wirkung der ärztlichen Medikation wird in 63% mit gut, und nur 15% schlecht beurteilt (Tab.4), die Wirkung der PM dagegen mit 45% gut und 42% schlecht (Tab.12). Während sich in obigen Zahlen die eindeutige Wirkung der SM-Therapie aus-

drückt, scheint das Ergebnis der PM eher unspezifisch und deutet damit auf eine eigene Psychodynamik. Einschränkend muß darauf verwiesen werden, daß sich die Patienten einem Vertreter der SM gegenüber äußerten, insofern eine gewisse Färbung nicht auszuschließen ist.

Der Vergleich von Tab.2 und Tab.6 offenbart ein geringeres Vertrauen der Männer in die SM, vor allem aber in die PM (Vertrauen Männer: 17%, Frauen: 42%). Die mißtrauischere, kritischere Haltung der Männer gegenüber der naturwissenschaftlich bislang nicht verifizierbaren PM erhellt sich im Blick auf die grundsätzlichen Unterschiede im sog.männlichen und weiblichen Denken, die seit alters her bekannt, von der modernen Psychologie heute wieder akzeptiert und entdeckt werden. Es lassen sich das männliche Denken als rationalistisch linear und logisch (wissenschaftlich), das weibliche dagegen als integrierend, komplex und sozial, eher zum Irrationalen und Mystischen neigend, charakterisieren. Jeder Mensch denkt sowohl männlich wie auch weiblich mit individuell unterschiedlichem Gewicht.

Wenngleich wohl bei den meisten Menschen der Fall, besteht per se keine obligate Beziehung zwischen Denkart und äußerem Geschlecht, d.h. es gibt Männer mit überwiegend weiblichem Denken und umgekehrt. Es ist immer eine Frage der Gesellschaftsform, welche Denkart höher geschätzt wird, in unserer naturwissenschaftlich-technischen Kultur genießt das männliche Denken ein größeres Ansehen.

Durch die Affinität des weiblichen Denkens und der PM begründet sich möglicherweise die stärkere Neigung der Frauen zur sog. Erfahrungsheilkunde. Tatsächlich versuchten 7 von 12 Männern (58%) und 43 von 48 Frauen (90%) PM (vgl. Tab.9). Die eindeutige Dominanz der Frauen manifestiert sich in diesen Zahlen.

73% der Klinikpatienten bezeugen Vertrauen zur SM und in 56% eine gute Wirkung der ärztlicherseits verordneten Medikamente. Von den Praxispatienten geben 91% Vertrauen zur SM und zu 73% eine gute Wirkung der Medikamente an.

Die positivere Einschätzung der SM durch die Praxispatienten muß in Anbetracht des Befragungsmilieus, nämlich in den Räumen des behandelnden Arztes, zurückhaltend bewertet werden (Tab.2 und Tab.4). Um so erstaunlicher, daß hinsichtlich PM nur ein geringer Unterschied besteht, die Praxispatienten sogar etwas mehr Vertrauen zu PM äußern (9 von 22 = 41%, Klinik: 13 von 38 = 34%, Tab.6).

Was die tatsächliche Hinwendung zur PM betrifft, liegen die Klinikpatienten mit 34 von 38 (89%) vor den Praxispatienten mit 16 von 22 (73%). Ersteres Kollektiv zeigt auch die größere Bereitschaft zur Wiederholung, letzteres dagegen die größere zu neuen PM-Versuchen (Tab.9).

Die unterschiedlich ärztlich versorgten Klinikpatienten (Hausarzt, Internist, Orthopäde u.a.) sind möglicherweise nicht in gleichem Maße schulmedizinisch suffizient betreut wie die Patienten aus der rheumatologischen Praxis; deshalb erfolgt häufiger eine Hinwendung zu alternativen Therapien - trotz etwas geringerem Vertrauen. Dabei scheint durchaus der eine oder andere subjektiv positive Erfahrungen gewonnen zu haben, die ihn zur Wiederholung veranlassen. Die Praxispatienten waren hierin offensichtlich weniger erfolgreich und aktiv (bessere SM-Betreuung ?), dem etwas höherem Vertrauen zur PM entspricht die größere Bereitschaft zu Neuversuchen in über 50%.

Wie aus Tab.7 ersichtlich äußert kein Patient, der bisher PM nicht versucht hat, Vertrauen zur PM. Patienten mit PM-Erfahrung können sich eher zwischen Vertrauen und Ablehnung entscheiden, ihr Anteil mit indifferenter Einstellung liegt mit 30% deutlich unter dem der Patienten ohne PM-Versuche mit 70%. Die Tatsache des Anwendens von PM wirkt sich auf die Einschätzung der PM nicht negativ, sondern im Gegenteil leicht positiv aus. Auf mögliche psychodynamische Zusammenhänge wird weiter unten noch eingegangen. 90% der Patienten ohne PM-Erfahrung äußern Vertrauen zur SM, und wollen auch in Zukunft von PM nichts wissen (Tab.2b).

Im wesentlichen stellen sich somit zwei Patientengruppen dar:

Gruppe A mit PM-Erfahrung: Überwiegend Frauen, Grundeinstellung zur SM überwiegend indifferent, mehr Klinikpatienten (von verschiedenen Ärzten behandelt, freiere Meinungsäußerung); auch negative PM-Erfahrungen können das Vertrauen bzw. die Hinwendung und Wiederholung von PM nicht wesentlich beeinflussen.

Gruppe B ohne PM-Erfahrung: überwiegend Männer, eindeutiges Vertrauen zur SM, überwiegende Zwiespältigkeit hinsichtlich PM, relativ mehr Praxispatienten (relativ bessere medikamentöse Einstellung, volle Hinwendung an den Arzt), Eigeninitiative im Hinblick auf PM-Therapie erscheint nicht ziemlich.

In der einzigen, wenngleich nur mit Vorbehalten vergleichbaren Arbeit von RAINER (30) gab ein Drittel der Patienten nach PM-Erfahrung eine indifferente Haltung an (hier 22%), 45% lehnen PM ab (hier 34%). Der deutliche Abfall der vor PM-Versuch positiveren Einschätzungen nach Anwendung kann hier nicht bestätigt werden, da diese Differenzierung in einen Zustand vor und nach Therapie problematisch ist: Grundsätzlich bereitet die Einschätzung der PM den Patienten oft Schwierigkeiten, andererseits ist es tatsächlich nicht leicht zu beurteilen, ob die parallel zur SM angewandten Tees, Umschläge usw. wirken, oder das Antiphlogistikum. Die grundsätzliche Einstellung zur PM wird also für die Beurteilung eher entscheidend sein, als ein hypothetischer therapeutischer Effekt. Zudem beurteilt ein Patient die PM nicht aufgrund einer Anwendung, sondern von mehreren, teilweise längere Zeit zurückliegenden Versuchen mit durchaus unterschiedlichen Erfahrungen (vgl. Tab.13). Hier noch zwischen PM-Einstellung vor und nach Anwendung der jeweiligen PM-Versuche zu differenzieren, erscheint wenig sinnvoll.

Hinsichtlich Berufe ergeben sich Entsprechungen zu RAINER. Der Hauptanteil des Patientengutes rekrutiert sich aus Rentnern und Hausfrauen (72%).

Berufsspezifische Abhängigkeiten bezüglich Hinwendung zur PM konnten hier nicht herausgearbeitet werden. Akademiker oder Selbstständige befinden sich nicht im Patientenkollektiv, dennoch ergibt sich eine Zunahme der PM-Anwendungen mit steigen-

dem Bildungsgrad. RAINER gibt den Akademikeranteil der PM-Anwender mit 32% an. Möglicherweise sind Höhergebildete mehr experimentierfreudig und versuchen ihrerseits Linderung beim Heilpraktiker oder Naturheilarzt zu finden.

Anbei sei bemerkt, daß der Anteil der Männer im Klinikkollektiv auffallend gering gegenüber dem Praxiskollektiv ist, evtl. spielt hier die Angst um den Arbeitsplatz eine nicht unwesentliche Rolle. Akademiker und Selbstständige müssen infolge ihrer Unabkömmlichkeit oft auf längere Klinik- und Kuraufenthalte verzichten.

Eine Beziehung zwischen PM und Patientenalter konnte hier im Gegensatz zu RAINER nicht festgestellt werden, allenfalls scheint bei den unter 40jährigen eine stärkere Hinwendung zur PM vorhanden zu sein.

Allein das Alter berücksichtigt nicht die Krankheitsdauer, somit findet man bei RAINER z.B. einen Patienten, 15 Jahre krank, der im Alter von 64 angibt, zu Beginn seiner Erkrankung PM versucht zu haben, also mit 49, somit in einer anderen Gruppe als einen Patienten mit 52 Jahren, der seit 3 Jahren krank, bereits über PM-Erfahrung verfügt. Beide gehören jedoch in die gleiche Gruppe, weshalb hier das Erkrankungsalter bevorzugt wurde (Patientenalter minus Krankheitsdauer).

Tab.10 weist auf, daß 84-91% der unter 60 Erkrankten PM anwenden, während bei Erkrankung jenseits von 60 sich nur 64% für PM-Versuche entschieden. Im Durchschnitt liegt das Erkrankungsalter der Patienten mit PM-Erfahrung 8 Jahre unter dem der Patienten ohne PM-Erfahrung. Je jünger also ein Patient erkrankt, desto größer seine Bereitschaft sich der PM zuzuwenden. Vermutlich sinkt im Gefolge der im Alter nachlassenden geistigen Flexibilität die Bereitschaft, sich auf Neues einzulassen, Mut und Kraft zur Eigeninitiative schwinden, der ältere Mensch bevorzugt Altvertrautes, Aktivitätsverlust und Altersresignation treten auf. Dagegen sind jüngere Menschen weitaus weniger bereit, eine zur Invalidität führende Erkrankung passiv hinzunehmen.

Bezogen auf die Krankheitsdauer (vgl. Tab.2a) ändert sich das Vertrauen zur SM nur wenig, es besteht eine geringfügig abnehmende Tendenz. Auffallend ist der Einschnitt bei Gruppe III (8-15 J.), hier bekunden nur 67% Vertrauen zur SM, in Gruppe I und II 84-91%. Möglicherweise liegt hier die Phase der Desillusionierung bezüglich einer Heilung der cP, die sich meist mit zunehmender Krankheitsdauer verschlechtert. Gerade in Gruppe I und II ist die meist noch geringergradige cP schulmedizinisch recht erfolgreich zu behandeln, anders in Gruppe III, hier wenden sich die Patienten verstärkt der PM zu, die gute Wirkung der PM wird da mit 68% am häufigsten angegeben. Logisch ist nicht einzusehen, warum PM bei schwereren und längerwährenden Krankheitszuständen besser wirksam sein soll als in Gruppe I und II. Vermutlich bedingt eine starke psychisch-autosuggestive Komponente in dieser Phase das paradoxe Ergebnis.

In Gruppe IV (über 15 J. krank) zerschlug sich auch diese Hoffnung, der Patient beginnt sich mit der bleibenden Einschränkung seiner Beweglichkeit abzufinden; er gelangt zu der Einsicht, daß ihm letztlich nur die SM am zuverlässigsten und dauerhaftesten geholfen hat, vor allem konnte er bei den nichtmedikamentösen Behandlungen zumeist eine deutliche Linderung wahrnehmen.

Tab.3 verdeutlicht anschaulich die guten Ergebnisse der Kuren und stationären Behandlungen, sowie der Operationen; durch physikalische Therapie und Krankengymnastik wurden allgemein sehr gute Erfolge erzielt - diese Ergebnisse sollten im Gesamtbehandlungsplan ohnehin obligatorisch präsent sein (47 von 60 erhielten physikalische Therapie, 42 von 60 Krankengymnastik). 80% in Gruppe IV vertrauen der SM, nur 40% der PM (vergleichsweise nur je 50% in II und III), die Ergebnisse der PM werden in dieser Gruppe zu 90% negativ beurteilt (vergleiche 3.3.4.).

Je länger der Krankheitszeitraum, desto mehr Patienten versuchen PM. Patienten mit PM-Erfahrung sind mit 10,6 Jahren durchschnittlich länger krank als Patienten ohne PM-Versuche mit 6,1 Jahren. Obwohl in Gruppe I das Vertrauen zur PM nur 32% beträgt, wandten sich 63% der PM zu, bei den über 15 Jahre Kranken waren dies 93% (vgl. 3.3.2.).

Diese Ergebnisse widersprechen RAINER, der mit Zunahme der Krankheitsdauer eine geringere Hinwendung zur PM verzeichnet (nach einem Jahr Krankheitsdauer versuchen 40% PM). Im vorliegenden Patientengut steigt selbst die Zahl der durchschnittlich angewandten Methoden von 1,9 in Gruppe I über 3,4 in Gruppe II und III (3-15 Jahre) auf 4,1 in Gruppe IV an. Dieser Summationseffekt bei zunehmender Krankheitsdauer leuchtet ein.

50 von 60 Patienten (83%) wandten alternative Methoden an, 28 gaben bei mindestens einer ein gutes (56%), 35 ein schlechtes (70%) Ergebnis an. Andere Studien geben 50-64% der Polyarthritiker, eine weitere Studie aus Birmingham 68% und wiederum eine andere Studie - wie in der Einleitung bereits zitiert - 94% mit PM-Erfahrung in den USA an. Die hier ermittelten 83% tendieren eher nach oben, eine Dunkelziffer miteingerechnet, wendet beinahe jeder Patient im Laufe seiner langen Krankheit irgendwann einmal PM an. Vielfältig sind die Ursachen, einige seien im folgenden angedeutet:

Das medizinische Wissen über diese Krankheit ist wenig verbreitet, die Aufklärung z.B. durch Patienteninformationsabende und Merkblätter müßte dringend verbessert werden.

Die Therapie bleibt ein Problem, sie würde gerade deshalb eine besonders gute Arzt-Patienten-Compliance voraussetzen. Diesem Defizit der einen Seite steht eine Flut von Zeitschriften, Postsendungen u.ä. für die Paramedizin gegenüber. Freie Werbung und allgemein leichte Zugänglichkeit für diese Methoden bedingen deren große Popularität und Anwendung. Der mystisch-magische Charakter mancher Therapien entspricht einem (meist unbewußtem) Bedürfnis vieler Menschen nach solchen Dingen. U.u. mag es auch für die SM sinnvoll sein, diesen Effekt zu nutzen.

Insgesamt probierten obige 50 Patienten 134 mal PM-Verfahren aus, 119 wurden bewertet:

50 (42%) dieser PM-Versuche bekamen ein schlechtes Urteil, wiederum zeigten sich die Männer zurückhaltender. Zum Vergleich: Bei RAINER bewerteten doppelt soviele Männer wie Frauen das Resultat der Hausmittelanwendung mit schlecht. Bemerkenswert bleibt ein gutes Ergebnis in 45% der Anwendungen (53 von 119; vgl. Tab.12). Bei der Analyse dieser 45% gilt es mehrere Punkte zu bedenken:

1.

Die Gleichzeitigkeit von SM-Therapie und Alternativmethoden läßt in den meisten Fällen eine objektivierbare klare Abgrenzung eines möglichen PM-Effektes nicht zu, v.a., wenn zusätzlich Kortison appliziert wurde, was anamnestisch natürlich nicht mehr eruierbar ist.

2.

Der schubweise Verlauf der cP bedingt einige Besonderheiten. So wird der Patient im akuten Schub seine PM-Aktivitäten verstärken, da es 'trotz Arzt immer schlechter geht'. Klingt der Schub ab, wird dieser Effekt natürlich der zusätzlichen PM-Behandlung zugeschrieben.

3.

Chronische Krankheiten können bekanntlich nur durch eine langfristige konsequente Therapie günstig beeinflußt werden. Ge setzt einige der PM-Verfahren würden tatsächlich die cP positiv beeinflussen, so könnte sie dies ebenfalls wahrscheinlich vorwiegend bei längerdauernder Behandlung. Die meisten PM-Patienten wandten die jeweilige PM-Therapie nur ein einziges Mal oder selten zwei-dreimal an, oft ohne genau zu wissen, um was es sich handelte. Trat keine sofortige Wirkung ein, brachen sie ab und versuchten später vielleicht etwas anderes. Gaben die Patienten andererseits einen spürbaren Effekt an, waren sie meist außerstande zu sagen, wie lange die vermeintliche Besserung anhielt.

Bei dem insgesamt recht niedrigen Bildungsniveau fehlt häufig das Verständnis für die Notwendigkeit einer regelmäßigen und konsequenten Therapie - ein für die Praktiker alltägliches Problem.

Um die Wirkung der PM nur annähernd einschätzen zu können, müßte diese erstens ohne gleichzeitige SM-Therapie (dies erscheint ethisch nicht vertretbar) und zweitens über einen Zeitraum von mindestens 3-6 Monaten kontinuierlich angewandt werden. Unter diesen Prämissen durchgeführte, statistisch gesicherte Arbeiten sind dem Autor nicht bekannt. Im vorliegenden Patientengut befindet sich nur eine Patientin (Stadium II - III), die eine Linderung ihrer cP im wesentlichen auf einen Chiropraktiker und das Trinken spezieller Tees zurückführt, ohne gleichzeitig (glaubhaft versichert) schulmedizinisch behandelt zu sein. Die äußerst positive und differenzierte Haltung zu ihrer Krankheit mag vielleicht die eigentliche Ursache für den zufriedenstellenden Zustand dieser Patientin sein.

4.

Im Lehrbuch der Speziellen Pharmakologie von HABERMANN/LÖFFLER heißt es im Kapitel 1.6. über Placeboeffekte:

‘Jeder arzneitherapeutischen Maßnahme wohnt ein Placeboeffekt inne, den es auszunutzen gilt.’

Weiter schreibt er, daß dieser Effekt durch den hohen Preis, den der Patient selbst bezahlen muß, die suggestive Verpackung, die ungewöhnliche Applikationsform, durch Suggestion, durch Arzt und Umgebung und die psychische - durch seine Krankheit beeinflusste - Disposition des Patienten gefördert wird (10).

Ärztlicherseits wurde dieser Effekt bisher zu wenig berücksichtigt. Unschwer leuchtet die Bedeutung dieser Placebowirkung für die PM ein. Bei den Patienten mit cP, die um die Chronizität und letztliche Unheilbarkeit ihrer Krankheit wissen, bedeutet die Hinwendung zur PM eine zusätzliche (oft vielleicht letzte) Hoffnung, außerdem geschieht dies oft aufgrund eigener Aktivität; all dies induziert eine große suggestive Kraft, unterstützt durch ungewöhnliche und mystische Applikationsart und die selbstzutragenden Kosten. Eine gute subjektive Wirkung wird durch dieses psychisch-autosuggestive Moment prädisponiert.

5.

Mit Abstand am häufigsten angewandt wurden die sog. Hausmittel (Tab.13), von 50 Patienten 46 (72%); außerdem sind sie am billigsten. Die guten und schlechten Wirkungen halten sich etwa die Waage (17 gut, 19 schlecht), offensichtlich ist die subjektive Grundhaltung hier entscheidend. Die Hälfte der Patienten mit Diät äußerte einen günstigen Einfluß. Dies erstaunt keineswegs, führt doch bei fast jedem in unserer überernährten Gesellschaft Diät zu einer unspezifischen Befindensverbesserung. Homöopathie zeigte überwiegend keinen Einfluß, viele Patienten vermögen hierbei nicht zwischen Phytotherapie und Homöopathie zu unterscheiden, längere Behandlung fand in keinem Fall statt. Mit am besten schnitten die parenteral. Applikationen ab (zwei Drittel gut), zum einen bewirkten sicher die damit verbundenen Kosten eine entsprechende Erfolgserwartung (vgl. oben 4.), zum anderen besteht gerade hier die eventuelle Möglichkeit einer tatsächlichen Wirkung (z.B. Thymus). Die Akupunktur ergab unspezifische Effekte, Kupferarmbänder erwiesen sich als wertlos. Die bei zwei Patienten durchgeführte Psychotherapie war recht erfolgreich, die Lösung von Konflikten und die Hebung der psychischen Grundstimmung besserten verständlicherweise die individuelle Bewältigungsfähigkeit der Krankheit.

6.

37 von 50 Patienten gaben monatlich ca. 50 DM aus, einmalige Kosten belaufen sich durchschnittlich auf 320 DM. Die meisten Patienten dürften diese Beträge finanziell verkraften. Berücksichtigt man die relativ häufigen, subjektiv guten Erfolge, so scheinen diese Ausgaben ärztlicherseits gerechtfertigt unter der Bedingung, daß medizinisch notwendige Behandlungen nicht unterlassen werden, und für den Patienten keine gesundheitlichen und finanziellen Risiken zu erwarten sind. Im Bewußtsein selbst etwas für seine Krankheit zu tun und auch dafür kleine finanzielle Opfer zu bringen, erlebt der Patient eine subjektive Linderung seines Leidens, die in jedem Fall unserem ärztlichen Ziel entspricht, solange seitens der Pharmaindustrie keine tatsächlich heilenden Substanzen zur Verfügung stehen.

Ob durch NSA, Basistherapie oder alternative Methoden: Ziel ist die bestmögliche subjektive Beschwerdebeeinflussung des Patienten.

Die generelle Kostenübernahme von den Krankenkassen würde durch die Beseitigung der psychologischen Komponenten dem Anwendungserfolg dieser Verfahren sogar möglicherweise eher schaden; überdies ist sie - bei fehlendem wissenschaftlichen Nachweis der Wirksamkeit der einzelnen Methoden - nicht diskutabel.

26 von 50 Patienten (52%) wandten PM auf äußeren Rat hin an (vgl. RAINER: 53%), die andere Hälfte aus eigener Initiative. Am häufigsten (17 von 50 = 34%) wurde der Rat des Heilpraktikers eingeholt, erst mit größerem Abstand folgen die anderen Ratgeber (vgl. Tab.11). Bei RAINER dominieren mit 74% Verwandte/Bekannte. Die Nichtzulassung von Heilpraktikern in Österreich mag wohl der wesentlichste Faktor für diese Diskrepanz sein, ein Vergleich ist deshalb hier nur bedingt möglich.

80% der Patienten äußern Vertrauen zur SM, der überwiegende Teil gibt ein gutes Verhältnis zum behandelnden Arzt an (87%). Obwohl die Praxispatienten der SM mehr vertrauen und eine bessere Wirkung der Medikamente angeben als die Klinikpatienten, charakterisieren sie ihr Verhältnis zum Arzt nur in ca. 70% mit gut. Grundsätzliche Probleme der ambulanten Versorgung treten hier zutage. Einer Vielzahl von Rheumatikern stehen nur wenig Rheumatologen gegenüber. Dies führt zur Überlastung des Arztes, zu langen Wartezeiten in übervollen Wartezimmern und dann häufig nur sehr kurzen Behandlungszeiten. Es resultiert ein Informationsdefizit des Patienten und mangelndes Verständnis für die diffizile Therapie. Zum anderen besteht ein Wissensmangel auf seiten des Arztes über die PM-Aktivitäten seines Patienten (sogar auch hier ein Wissensmangel bezüglich der Krankheit und der Medikamente möglich). Die meisten Praxispatienten wandten sich der PM ohne Wissen ihres Arztes zu, erst bei insistierendem Nachfragen gaben viele ihre PM-

Versuche etwas verlegen, wie ein Schuldeingeständnis, zu. Aufklärung ist hier dringend erforderlich, z.B. - wie oben bereits erwähnt - durch Informationsabende für Polyarthritiker und adäquate Merkblätter, übrigens mit dem angenehmen Nebeneffekt der Zeitersparnis. Kooperation zwischen Arzt und Patient ermöglicht im Sinne einer optimalen Arzt-Patienten-Compliance eigentlich erst den Therapieerfolg.

Wenn der Arzt über die PM-Intentionen seiner Patienten informiert ist, vermag er helfend einzugreifen, möglichen Schaden abzuwenden und falschen Hoffnungen entgegenzutreten. Freilich erfordert dies die Kenntnis der gängigen PM-Verfahren und deren Risiken (sh. allgemeinen Teil und Literaturverzeichnis).

Im Vertrauen zu seinem Arzt sollte der Patient mit allen Fragen, offen und ohne Scheu an seinen Arzt herantreten können. Strikte Ablehnung der PM und 'Verbote' verhindern nicht die Hinwendung zu diesen Methoden, sondern nur die Kenntnis des Arztes um diese. Treten bei einem Patienten Intentionen in diese Richtung auf, sollte man versuchen, den mit diesen Anwendungen verbundenen günstigen Effekt im Hinblick auf die eigene Therapie zu nützen, andererseits die Anwendung schädlicher Verfahren (in puncto Nebenwirkung wie auch hoher Kosten) zu verhindern.

Abschließend sei noch eine Eigenart dieser Studie angemerkt. Sämtliche Daten beruhen ausschließlich auf subjektiven Aussagen der Patienten, eine Objektivierung ist kaum möglich und für die zugrundeliegenden Fragestellungen auch nicht nötig. Da alle Patienten vom Autor selbst interviewt wurden, formte sich neben dem abstrakten Zahlenmaterial ein lebendiger menschlicher Eindruck von diesen Patienten, der, nicht bezifferbar, gerade im Diskussionsteil für manche Interpretation wegweisend war. Allein unter Zuhilfenahme der Zahlen wäre dies oft schwierig bis unmöglich gewesen, reduziert doch jeder schematisierte Fragebogen naturgemäß die Vielfalt des menschlichen Ausdrucks.

C. Zusammenfassung

Untersucht wurde ein in epidemiologischer Hinsicht typisches Patientengut (Geschlechtsverhältnis, durchschnittliches Alter, und Krankheitsdauer entspricht der Literatur) mit gesicherter Polyarthrititis im Hinblick auf Art und Umfang von sog. paramedizinischen Methoden, sowie deren subjektiven Erfolg. Dieses Patientengut setzt sich aus zwei getrennten Kollektiven, einmal Patienten einer Rheumaklinik, zum anderen Patienten eines niedergelassenen Rheumatologen, zusammen; etwaige Unterschiede zwischen den Kollektiven herauszuarbeiten, war ebenfalls Ziel dieser Arbeit.

50 von 60 Patienten versuchten irgendwann im Laufe der Krankheit alternative Heilmethoden, allerdings findet sich nur bei einem Drittel auch Vertrauen zu diesen (22 Patienten). Dennoch geben 28 Patienten mindestens ein gutes Ergebnis eines Heilverfahrens an, also auch solche Patienten mit indifferenter Grundeinstellung zur PM.

Männer zeigen eindeutig geringeres Vertrauen und Hinwendung zur PM als Frauen. In der rheumatologischen Praxis betreute Patienten bewerteten die SM-Medikation besser und wandten sich weniger der PM zu als die Klinikpatienten (unterschiedliche ärztliche Betreuung), gleichwohl traten Schwierigkeiten der ambulanten Versorgung zutage (wenig Zeit).

Je länger die Krankheitsdauer, desto mehr PM wurde versucht (zeitlicher Summationseffekt), bei den über 15 Jahre Kranken nimmt das Vertrauen zu PM deutlich ab.

In jüngerem Alter erkrankte Patienten neigen eher zur PM-Hinwendung als ältere, oft schwerfälligere Kranke.

Als begünstigend für den derzeitigen Trend zur PM sind zu nennen: die infolge ätiologischer Schwierigkeiten nach wie vor problematische Therapie, Informationsdefizite der Patienten, sowie andererseits die breiten Werbemöglichkeiten und die leichte Zugänglichkeit zu alternativen Heilverfahren.

Hierbei entstehende Kosten werden nicht gescheut, im Gegenteil es scheint der Selbstbezahlung ein verstärkender Effekt inne-

zuwohnen.

Externer Rat war in etwa bei der Hälfte der Patienten für die Hinwendung zur PM auslösend, am häufigsten wurde der Heilpraktiker konsultiert.

Wie aus obigen Zahlen ersichtlich spielt die PM heute für viele Patienten eine wichtige Rolle, und ohne Zweifel ist PM-Anwendung häufig von subjektiv gutem Ergebnis begleitet. Das Bewußtsein, selbst etwas zusätzlich zur Gesundheit beitragen zu können und die daraus entwickelte Eigeninitiative wirken günstig auf die psychische Grundstimmung und damit auf die Bewältigungsfähigkeit der Krankheit. Dies liegt durchaus im schulmedizinischen Sinne, sofern durch die Methoden kein gesundheitlicher oder wirtschaftlicher Schaden zu befürchten ist.

Vielleicht erweisen großangelegte Studien in naher Zukunft auch die tatsächliche Wirksamkeit einiger alternativer Verfahren.

Ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis und ärztliches Wissen um die verschiedenen PM-Anwendungen und deren Risiken sind notwendige Voraussetzung für eine menschliche Therapie dieser schweren Krankheit.

D. Literaturverzeichnis

1.

ADLER, E.: Allgemeinerkrankungen durch Störfelder (Trigeminusbereich). 2. Aufl., vfm Dr. E. Fischer, Heidelberg (1977)

2.

AMOR, B. et al.: Thymuline (FTS) in rheumatoid arthritis. Arthr. and Rheum. 1, 157-162 (1984)

3.

ASCHNER, B.: Technik der Konstitutionstherapie. 5. Aufl., Haug Verlag, Heidelberg (1980)

4.

BIRCHER-BENNER: Handbuch für Rheuma- und Arthritiskranke. Bircher-Benner Verlag, Bad Homburg (1979)

5.

BUCHINGER, O.: Die traditionelle Heilfastenkur. Erfahrungsheilkunde 6, 295-299 (1977)

6.

DOSCH, P.: Lehrbuch der Neuraltherapie nach HUNEKE. 9. Aufl., Haug Verlag, Heidelberg (1980)

7.

ENGEL, J.-M., STRÖBEL, G.: Rheumatherapie. edition medizin, Weinheim, 450-453 (1985)

8.

GOOD, R.A.: Nutrition and immunity. J.Clin.Immunol. 1, 3 (1981)

9.

GOOD, R.A., WEST, A., FERNANDES, G.: Nutritional modulation of immune response. Fed.Proc. 39, 3048 (1980)

10.

HABERMANN,W., LÖFFLER,H.: Spezielle Pharmakologie und Arzneimitteltherapie. 4.Aufl., Springer Verlag, Berlin, 51 (1983)

11.

HOPFER,F.: Störfeld Mund-Kieferbereich. In: DOSCH: Trigeminusneuralgie/Postcholecystektomiesyndron. ML-Verlag,Uelzen (1981)

12.

JARVIS,D.C.: Rheuma ist kein Schicksal. Hallwig Verlag, Bern-Stuttgart (1976)

13.

KANT,H.: Homöopathische Therapie bei rheumat. Erkrankungen. Aus: JOSEPHANS,G., MIEHLE,W. (Hrsg.): Außerschulische Methoden bei rheumatischen Erkrankungen. vfm Dr.E.Fischer, Heidelberg (1984)

14.

KÖHLER,G.: Lehrbuch der Homöopathie. 3.Aufl., Hippokrates, Stuttgart (1984)

15.

KREMER,J.M. et al.: Effects of manipulation of dietary fatty acids on clinical manifestations of rheumatoid arthritis. The Lancet 26, 184-187 (1985)

16.

KULBERG,A., TARKHANOVA,J.: Folia biol.8, 147, Praha (1962)

17.

LEWIT,K.: Manuelle Medizin im Rahmen der medizinischen Rehabilitation. 3.Aufl., U&S Verlag, München (1978)

18.

LINDBERG,E.: Alimentary factors in rheumatoid arthritis. Swed.J.Biol.Med.2, 13-18 (1979)

19.

LÜTZNER,H.: Aktive Diät des rheumatischen Formenkreises.
Phys.Med. und Rehab.20, 115-118 (1979)

20.

MAN,S.-C., BARAGAR,F.D.: Preliminary clinical study of acupuncture in rheumatoid arthritis. J.Rheumatol.1, 126 (1974)

21.

McCARTHY,D.J.: Hyperbaric oxygen for arthritis, use of hyperbaric oxygen therapy in the treatment of arthritis. A report to the National Center for Health, Care Technology. Undersea Medical Society, Bethesda, 3-7 (1981)

22.

PANUSH,R.S.: Remedies of unlikely benefit. Aus: HECHT,A.: Hocus-pocus as applied to arthritis. FDA Consumer 14,24 (1980) und aus: HIGHAM,C., JAYSON,M.: Nonprescribed treatments in rheumatic patients (abstr.). Ann.Rheum.Dis.41, 203 (1982)

23.

PASINI,E. et al.: Immunokinetics of a single dose of thymopoietin pentapeptide. Int.Immunopharmakol.2, 154-155 (1980)

24.

PESIC,M.C.: Immunotherapie mit Thymusextrakt (THX).
Haug Verlag, Heidelberg (1981)

25.

PFAFFENHOLZ,V., THEURER,K.: Einfluß von makromolekularen Organsubstanzen auf menschliche Zellen in vitro.
Kassenarzt 27, 5218-5226 (1978)

26.

FIRLET,K., SCHLEPPER,P.: Physikalisch-diätetische Behandlung der progressiven chronischen Polyarthrititis.
Arch.-phys.Ther.20, 6 (1968)

27.

PISCHINGER,A.: Das System der Grundregulation. 2.Aufl., Haug Verlag, Heidelberg (1976)

28.

PLOTZ,C.M., PLOTZ,P.H., LAMONT-HAVERS,R.W.: Workshop on the use of acupuncture in the rheumatic diseases. Arthritis Rheumatol.17, 139 (1974)

29.

PRICKETT,J.D., ROBINSON,D.R., STEINBERG,A.D.: Effects of dietary enrichment with eicosapentaenoic acid upon autoimmune-nephritis in female NZB X NZW/F1 mice. Arthritis Rheumatol.26, 133 (1983)

30.

RAINER,F. et al.: Art und Ausmaß der Selbstmedikation mit sog. Hausmitteln bei Patienten mit rheumatischen Erkrankungen. Z.Rheumatol.41, 276-279 (1982)

31.

SCHAUB,M. und P.: Warum säure- und kohlenhydratarme Ernährung? Fundamente des Gesundbleibens, 3.Aufl., Zürich (1976)

32.

SKÖLDSTAM,L., LARSSON,L., LINDSTRÖM,F.D.: Effects of fasting and lactovegetarian diet on rheumatoid arthritis. Scan.J.Rheumatol.8, 249-255 (1979)

33.

SKÖLDSTAM,L.L. et al.: Specific plasma proteins as indices of inflammation during a modified fast in patients with rheumatoid arthritis. Scand.J.Rheumatol.12, 161-165 (1983)

34.

STEFFEN,C.: Enzymtherapie. Vortrag 21.Tagung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, München (1984)

35.

STEFFEN,C., MENZEL,I.: Enzymabbau von Immunkomplexen.
Z.Rheum.42, 249-255 (1983)

36.

STEFFEN,C., SMOLEN,J., MIEHLKE,K., HÜRGER,J., MENZEL,I.:
Enzymtherapie im Vergleich mit Immunkomplexbestimmungen bei
chronischer Polyarthrititis. Z.Rheum.44, 51-56 (1985)

37.

STORCK,H.: Rheuma, Entstehung und Heilung.
Bruno Wilkens Verlag, Hannover (1976)

38.

THEURER,K.: Immuno-und Organotherapie als Basistherapie beim
entzündlichen Rheumatismus. In: PORCHER,H., THEURER,K.(Hrsg.):
Organo- und Immunotherapie. Neue Perspektiven in der Medizin.
Enke Verlag, Stuttgart (1979)

39.

THEURER,K.: Infection 3, 178-181 (1975)

40.

UDEN,A.M., TRANG,L., VENIZELOS,N., PALMBLAD,J.: Neutrophil
functions and clinical performance after total fasting in
patients with rheumatoid arthritis. Rheum.Dis.42, 45-51 (1983)

41.

VEYS,E.M. et al.: Thymopoietin pentapeptide in the treatment
of rheumatoid arthritis. A compilation of several short- and
longterm clinical studies. J.Rheumatol.11, 4 (1984)

42.

WALKER,W.R., KEATS,D.M.: An investigation of the therapeutic
value of 'copper bracelets' - Dermal assimilation of copper
in arthritic/rheumatoid conditions. Agents Actions 6, 454
(1976)

43.

WARREN,J., SACKSTEDER,M.R., THUNING,C.A.: Therapeutic effect of prolonged hyperbaric oxygen in an adjacent arthritis of the rat. Arthritis Rheumatol.22, 334 (1979)

44.

WEISS,R.F.: Lehrbuch der Phytotherapie. 6.Aufl., Hippokrates, Stuttgart (1985)

45.

WOLFF,H.-D.: Neurophysiologische Aspekte der manuellen Medizin. vfm Dr.E.Fischer, Heidelberg (1978)

46.

ZIFF,M.: Diet in the treatment of rheumatoid arthritis. Arthritis Rheumatol.26, 457 (1983)

Herrn Prof. Dr. M. Schattenkirchner danke ich für die Überlassung des Themas. Ebenso möchte ich Herrn Dr. K. Krüger von der Medizinischen Poliklinik der Universität München dafür danken, daß er durch seinen Rat und seine Korrektur die Durchführung dieser Arbeit ermöglichte.

Des weiteren bedanke ich mich für die unkomplizierte und freundliche Unterstützung bei Herrn Prof. Dr. Müller-Faßbender und seinen Bad Abbacher Ärzten, die sich für die Vermittlung und Auswahl der Patienten in der Bad Abbacher Klinik äußerst hilfsbereit zeigten.

Desgleichen gilt mein Dank Herrn Dr. Reiter aus München, der mir während seiner Abwesenheit großzügig die Möglichkeit einräumte, in seiner Praxis einen großen Teil seiner cP-Patienten zu befragen.

Zuletzt möchte ich mich bei all jenen bedanken, die mich gerade in der Schlußphase der Erstellung dieser Arbeit mit Rat und Tat unterstützten, einschließlich meiner Eltern.

LEBENS LAUF

Familienname: PANRADL
Vornamen: Ulrich, Rudolf
geb.: 28.12.1960
in: Starnberg

Schul Ausbildung	1967-1980	in München
Grundschule	1967-1971	an der Simmernschule
Gymnasium	1971-1980	am Humanistischen Maximiliansgymnasium
Schulabschluß	27.6.1980	Zeugnis der Allgemeinen Hochschulreife
Studium der Medizin	1980-1986	an der LMU-München
Praktisches Jahr	1985/1986	Innere: Augsburg Chirurgie: Starnberg Dermatologie: Schwabinger Krankenhaus München
Approbation	13.11.1986	
Promotion seit	1985	bei Prof. Schattenkirchner in der Rheumaeinheit der Universität München

